

osseuse la population qui présente le risque le plus élevé de récurrences du fait de sa pratique sportive.

L'immobilisation après la chirurgie est plus courte après butée osseuse (en moyenne 3,2 contre 4,7 semaines, $p = 0,0001$). La reprise de la course (2,4 contre 3,2 mois, $p = 0,0045$), des entraînements (5,1 contre 6,3 mois, $p = 0,0068$), et de la compétition (6,2 et 7,3 mois, $p = 0,0027$) est plus rapide pour le groupe « butée osseuse » de façon significative. Le pourcentage de retour à la compétition est également plus élevé pour ce groupe (91 % contre 79 %, $p = 0,05$). Cependant malgré une reprise plus rapide et plus fréquente pour le groupe « butée osseuse », le pourcentage de récurrences est moins élevé que pour le groupe « sans butée osseuse » avec une différence significative (2,5 % contre 20,5 %, $p = 0,01$).

Conclusion.— La chirurgie de type Latarjet par butée osseuse chez le sportif compétiteur permet de reprendre plus rapidement la pratique sportive avec moins de risques de récurrences que la technique de Bankart sans butée osseuse. Bien que les résultats soient en faveur des butées osseuses, le choix de la technique doit rester lié aux indications du chirurgien, mais le type de sport pratiqué, et le niveau sportif peuvent être des arguments en faveur du choix des techniques chirurgicales.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1046>

CO37-004-f

Enquête sur la reprise des activités sportives après chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs (CDR)

G. Bruyère^a, M.M. Lefevre-Colau^b, G.R.F.D.L. Grep^c

^a SSR Le Clos Champirol, 81, avenue Albert-Raimond,

42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

^b Service MPR osteo-articulaire, groupe hospitalier Cochin-Broca Hôtel-Dieu, hôpitaux universitaires Paris Centre, AP-HP, France

^c Siège social, centre orthopédique Santy, France

Adresse e-mail : gbruyere@closchampirol.com.

Mots clés : Réparation de coiffe ; Reprise sportive ; Renforcement musculaire
Introduction.— Peu de travaux évaluent la reprise du sport après chirurgie réparatrice de la CDR alors qu'elle est proposée de façon prédominante aux patients actifs et/ou sportifs.

Objectifs.— Réaliser une enquête sur la reprise du sport des patients et les pratiques professionnelles.

Méthode.— Par l'intermédiaire du GREP, 220 auto-questionnaires évaluant rétrospectivement le délai de reprise sportive après chirurgie réparatrice de coiffe ont été adressés à des patients de moins de 60 ans. Vingt-trois auto-questionnaires ont été adressés à des chirurgiens seniors et comprenaient 5 questions sur leur pratique professionnelle postopératoire.

Résultats.— Un nombre de 96/220 (79 %) auto-questionnaires patients étaient exploitables (55 hommes, âge moyen 52,77 ans) ; 81 % d'entre eux pratiquaient un sport avant l'intervention (59 % impliquant les membres supérieurs) et 87 % ont repris un sport (dont 52 % un sport de raquette et/ou un sport de contact) dans un délai moyen de 8,7 mois en postopératoire. La réalisation d'une ténotomie-ténodèse du biceps était le seul facteur influençant favorablement la reprise du sport ($p = 0,0014$).

Enquête chirurgiens.— La reprise d'activités potentiellement traumatiques pour le membre supérieur et/ou de contact était autorisée en moyenne à 7,9 mois. Seuls 31,8 % prescrivaient un renforcement musculaire avant la reprise sportive.

Conclusion.— Ces chiffres de reprise des activités sportives sollicitant les membres supérieurs sont inférieurs aux études ciblant des sports de lancer en compétition [1]. Les chirurgiens sont peu enclins à prescrire un renforcement musculaire avant la reprise sportive. Plusieurs études montrent que la récupération de la force musculaire n'est obtenue qu'à 1 an après chirurgie [2]. Devant une demande d'intensification des activités physiques des patients de plus de 50 ans, l'intérêt de l'impact d'une « restauration fonctionnelle de la coiffe opérée » sur la reprise sportive nécessite d'être évaluée.

Références

[1] Sonnery-Cottet B, Edwards TB, Noel E, Walch G. Rotator cuff tears in middle-aged tennis players: results of surgical treatment. *Am J Sports Med* 2002;30(4):558–64.

[2] Bigoni M, Gorla M, Guerrasio S, et al. Shoulder evaluation with isokinetic strength testing after arthroscopic rotatorcuff repairs. *J Shoulder Elbow Surg* 2009;18(2):178–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1047>

CO37-005-f

Déséquilibre musculaire : facteur favorisant la pathologie de l'épaule du joueur de handball de haut niveau ?

S. Gleizes Cervera^{a,*}, L. Giacomo^b, C. Gault^b, F. Delvaux^b, J.L. Croisier^b, B. Forthomme^b

^a Clinique MEDIPOLÉ Garonne, 45, rue de Gironis, 31100 Toulouse, France

^b University of Liege, Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Belgique

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sophie.gc@sfr.fr.

Mots clés : Épaule ; Isocinétisme ; Déséquilibre musculaire ; Handball

Objectif.— Le but de ce travail est de vérifier si les joueurs de handball présentant des antécédents de blessure à l'épaule ont un profil isocinétique particulier pouvant être considéré comme facteur de risque de blessure.

Population.— Soixante-dix joueurs et 5 joueuses de handball évoluant en championnats français et belges (âge moyen 23,57 ans \pm 4,19 ans) ont participé à cette étude.

Matériels et méthodes.— Un questionnaire pré-saison a permis de renseigner les caractéristiques handballistiques de chaque joueur les antécédents de lésions de l'épaule. Une évaluation isocinétique des muscles rotateurs d'épaule en mode concentrique à 60°/s et à 240°/s et excentrique à 60°/s a été réalisée pour définir en début de saison le profil isocinétique de chaque sujet. Différents paramètres ont été analysés : le moment de force maximal (MFM) des rotateurs latéraux (RL) et des rotateurs médiaux (RM) et les ratios des MFM des RL par rapport au MFM des RM, concentrique/concentrique, excentrique/concentrique (ratio mixte) et concentrique/excentrique (ratio fonctionnel).

Résultats.— En fonction des antécédents de lésion de l'épaule, deux groupes ont été définis : le groupe lésion de l'épaule (GL, $n = 42$) et le groupe sain (GS, $n = 32$). Les différences bilatérales des MFM des RL et RM (côté dominant versus non dominant) pour le GS et pour le GL ne sont pas significatives.

Pour le ratio concentrique/concentrique à 60°/s, nous notons que pour le bras dominant, la présence d'un antécédent de blessure modifie le ratio et l'éloigne de la norme ($0,73 \pm 0,13$ pour 0,8), contrairement aux sujets du groupe GS. Cette différence n'est pas significative mais une tendance semble se dégager ($p = 0,0738$). Que ce soit dans le GL ou dans le GS, les ratios mixtes et fonctionnels sont inférieurs, mais pas de façon significative, à la norme attendue avec des ratios plus bas dans le GL.

Conclusion.— Dans cette étude, il n'est pas mis en évidence de profil isocinétique pouvant être en relation avec un antécédent de lésion de l'épaule malgré une tendance en faveur de ratio plus faible chez les sujets ayant un antécédent de lésion de l'épaule. Une étude prospective est en cours.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1048>

CO37-006-f

Désinsertion myotendineuse distale du grand rond et du grand dorsal chez un boxeur professionnel

E. Martin^{a,*}, G. Lotito^a, J.M. Viton^a, A. Delarque^a, L. Bensoussan^a, J.M. Coudreuse^b, T. Lecoroller^c

^a Pôle médecine physique et réadaptation, CHU Timone,

23, rue du Capitaine-Galinat, 13005 Marseille, France

^b Service médecine du sport, CHU Salvaator, France

^c CHU Sainte-Marguerite, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elisamartin@hotmail.fr.

Mots clés : Lésion tendineuse de l'épaule ; Grand rond ; Pathologie liée à la pratique de la boxe